

ANNÉE 1945

N°

459

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BISROR Georges

Né le 16 Janvier 1917, à Fez (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 1945

LA MÉTHODE DE LA LUXATION

DANS LE

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES CORNETS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1945

ANNÉE 1945

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
BISROR Georges

Né le 16 Janvier 1917, à Fez (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Juin 1945

LA MÉTHODE DE LA LUXATION
DANS LE
TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES CORNETS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1945

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. ROGER, BALTHAZARD, ROUSSY et TIFFENEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAR, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHIRAY, CLAUDE, CLERC, A. COUVELAIRE, CUNÉO, DELBEI, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAYASTINE, LAUBRY, LE-NORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, H. ROGER, ROUSSY, SAN-NIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON et TIFFENEAU.

DOYEN	BAUDOUIN
ASSESEUR	LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Clinique cardiologique	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho- pédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique.....	MATHIEU.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	ROBERT DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	ABRAMI.
Cliniques médicales.....	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales.....	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique.....	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale.....	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	FROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

PROFESSEURS (suite)

MM.

Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JUSTIN BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), GIROUD (Histologie), JAYLE (M.) (Chimie médicale), LAROCHE (G.) (Médecine Générale), OLIVIER (Anatomie), VERNE (Histologie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

nie	CORDIER.
nie pathologique.	N... DELARUE.
niologie	Mlle GAUTHIER-VILLARS BONNET.
e médicale	N... AMELINE. FEVRE. FUNCK-BRENTANO MENEGAUX.
gie générale	PATEL. SICARD.
	N... N... N... BULLIARD.
ogie	N... BARIETY.
ne	BERNARD (Et.). BOULIN. BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.
ine générale	

MM.

	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENEAU.
	LELONG.
Médecine générale	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
	DIGONNET.
Obstétrique	LACOMME.
	SUREAU.
	N... RENARD.
Ophthlalmologie	HALPHEN.
Oto-rhino-laryngologie ..	LAVIER.
Parasitologie	N... LEMAIRE.
Parasitologie coloniale ..	Mlle J. LEVY.
Pathologie expérimentale.	N... RICHEL.
Pharmacologie	N... DESGREZ (H.).
Physiologie	TURPIN.
Physiologie médicale....	COUVELAIRE.
Thérapeutique	
Urologie	

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LE LORIER (Obstétrique), PIÉDELIEVRE (Médecine légale), VAUDESCAL
(Obstétrique).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	} GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES
Clinique obstétricale	
	ECALLE.
Clinique médicale	} ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy.
Clinique urologique	
	MOREAU. FEY

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Puériculture	N... LEDOUX-LEBARD. DECHAUME.
Radiologie clinique	
Stomatologie	

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

	MM.
Bibliothécaire en Chef	} A. HAHN. MM ^{lles} DUMAITRE, GOI- CHON, LAURENT.
Bibliothécaires	

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et de ma filiale reconnaissance.

A MA FEMME

Compagne de mes dernières années d'études.

A MA SŒUR ET A MES FRERES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté
Laryngologiste de l'Hôpital Piccini
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Faible témoignage de pro-
fonde admiration et de recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MADURO

Qui a bien voulu nous prodiguer ses conseils et nous faire profiter de son expérience.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154011_0124

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier ici les différents traitements ayant pour but la cure de l'hypertrophie des cornets.

Après avoir rappelé successivement la physiologie des fosses nasales, les causes, les symptômes et le diagnostic de l'hypertrophie des cornets, nous étudierons les traitements classiques, galvano-cautérisation et turbinotomie en particulier, et serons amené à insister sur les avantages que présente la méthode de la luxation des cornets, qui n'a été présentée jusqu'ici que comme une méthode d'intérêt secondaire.

PHYSIOLOGIE DES FOSSES NASALES

Pour comprendre la symptomatologie de l'hypertrophie des cornets il est intéressant de rappeler les notions essentielles de la physiologie des fosses nasales. Celles-ci sont le canal naturel du courant respiratoire.

1°) A l'inspiration, le courant aérien prend la direction en haut et en arrière que lui impose l'orientation de l'orifice narinaire ; il glisse sur la tête du cornet inférieur et vient heurter la tête du cornet moyen. La majeure partie de ce courant emprunte le méat moyen, longe le bord inférieur du cornet moyen et gagne ainsi les choanes et le plafond du cavum sur lequel il s'infléchit, décrivant ainsi une courbe à concavité inférieure.

On conçoit la gêne que peut apporter à l'inspiration une hypertrophie diffuse ou même localisée, des cornets moyen et inférieur.

Le même mécanisme se retrouve pour l'expiration.

2°) La traversée des fosses nasales fait subir à l'air inspiré des modifications qui le rendent apte à être assimilé par les alvéoles pulmonaires :

elle l'échauffe ;
elle l'humidifie ;
elle le stérilise.

3°) La respiration nasale possède sur l'appareil pulmonaire un pouvoir régulateur. La muqueuse du nez est le point de départ d'excitations trigémello-sympathiques prouvées par l'existence d'épines irritatives dans la pathogénie de l'asthme et par la syncope blanche chloroformique.

De même, les excitations de la muqueuse par l'air inspiré mettent en jeu, en partie du moins, le réflexe respiratoire : « D'une bonne respiration nasale dépend le bon fonctionnement de la respiration pulmonaire ».

La respiration nasale est donc la seule physiologique ; la respiration par la bouche est une respiration de suppléance, insuffisante et nocive.

Toute intervention rhinologique est dominée par le souci de la fonction physiologique primordiale des fosses nasales : la fonction respiratoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'hypertrophie peut être totale ou partielle. Dans ce dernier cas elle se localise soit au niveau de la tête soit, plus souvent, au niveau de l'extrémité postérieure du cornet inférieur (queue de cornet). Plus rarement elle atteint le cornet moyen et la cloison.

On distingue, d'autre part, trois espèces d'hypertrophies :

1°) HYPERTROPHIE OSSEUSE :

Le cornet est trop convexe, prenant trop de place dans les fosses nasales et venant trop près de la cloison, en particulier lorsque celle-ci présente à sa partie inférieure soit une déviation légère soit une petite crête.

L'hypertrophie porte sur l'os, qui peut présenter une transformation bulleuse, soufflée aux dépens de sa concavité.

Les parties molles de recouvrement sont alors normales ou peu congestives. La cocaïnisation donne une rétraction de la muqueuse mais cette rétraction n'arrive pas à faire disparaître l'obstruction nasale.

2°) HYPERTROPHIE MUQUEUSE.

Elle est secondaire à une infection de longue durée ou à des poussées congestives répétées. Les lésions, anatomo-pathologiques, varient avec le degré d'an-

cienneté. Au début on ne trouve que des phénomènes congestifs : le cornet inférieur est volumineux, la muqueuse est hyperémiée, mais tous les éléments gardent leur structure normale et les médicaments vaso-constricteurs conservent toute leur action.

Ultérieurement, les fibres musculaires deviennent insuffisantes puis s'atrophient ; il y a néoformation cellulaire au niveau des glandes et de l'épithélium ; le derme s'infiltré et s'hypertrophie ; la muqueuse, habituellement lisse, prend un aspect œdémateux et verruqueux, sa teinte est pâle, l'hypertrophie vraie est constituée.

Au point de vue microscopique, il existe une atrophie considérable des glandes et, d'autre part, une hypergénèse collagène de la trame conjonctive intervasculaire dont l'épaississement explique l'hypertrophie des différentes couches de la muqueuse.

La cocaïnisation donne, à la phase congestive surtout, une rétraction importante de la muqueuse et une amélioration sensible de l'obstruction nasale, indiquant bien que le squelette des cornets est de dimensions normales.

Au contraire, à la phase de dégénérescence fibreuse, la muqueuse, qui est alors pâle, blanc violacé, se rétracte peu à la cocaïne. Cependant, le bord du cornet offre au stylet explorateur une sensation de mollesse qui montre que ce bord est bien distinct du cornet osseux.

3°) HYPERTROPHIE MIXTE.

Dans celle-ci, les deux types précédents peuvent se combiner dans des proportions variables.

SYMPTOMES

Les symptômes de l'hypertrophie des cornets se confondent avec ceux de l'obstruction nasale en général. Cette obstruction peut être intermittente ou permanente. Dans le premier cas, elle peut être plus accusée ou pendant le jour ou pendant la nuit ; elle s'accroît à la suite des repas, des variations atmosphériques ; elle diminue par les temps secs. Elle peut être unilatérale ou bilatérale ; elle peut être excessivement variable, prédominer d'un côté ou de l'autre.

Les malades viennent parfois consulter pour d'autres symptômes, en particulier la céphalée et des manifestations pharyngées. La céphalée siège principalement au niveau de la racine du nez ou dans la région périorbitaire ; elle irradie vers les régions frontale et temporale. Intermittente ou continue, elle est maximale lorsque l'obstruction est complète. Elle peut cesser la nuit, se réveiller dans les premières heures de la matinée et présenter son maximum d'acuité à la fin de la journée. Il est facile de comprendre son mécanisme : le cornet inférieur turgescent comprime la cloison et les rameaux nerveux de la

muqueuse, branches de la cinquième paire. Dans les cas récents, où le nerf ne présente pas encore de modifications structurales, la rétraction par la cocaïne supprime la compression et donc la douleur.

La respiration buccale détermine la sécheresse du pharynx, les malades se réveillent « avec la bouche pâteuse ».

La rhinoscopie montre des cornets augmentés de volume, recouverts par une muqueuse hyperémiée et arrivant au contact de la cloison et du plancher des fosses nasales. La muqueuse peut être recouverte de mucosités agglomérées en îlots ou formant des filaments qui réunissent la cloison et le cornet.

Le toucher avec le stylet fournit une sensation de mollesse et, de plus, sous la pression de la pointe, le cornet se rétracte en partie.

Le badigeonnage avec une solution de cocaïne ou d'adrénaline permet de se rendre compte de la rétraction de la muqueuse et de reconnaître les hypertrophies localisées au niveau de la partie postérieure c'est-à-dire les queues de cornets.

COMPLICATIONS

Du fait de la suppression de la respiration nasale, l'air n'est plus réchauffé, humidifié et filtré, d'où sécheresse du pharynx et irritation des voies respiratoires.

De plus, le drainage ne s'effectue plus normalement : la rétention s'établit au niveau du cavum, avec toutes ses conséquences. On aura donc des complications multiples :

1°) Troubles de l'odorat et du goût.

2°) Troubles de la voix.

3°) Troubles infectieux secondaires :

a) Au niveau du pharynx (pharyngite chronique) ou des voies aériennes descendantes, réalisant ainsi le syndrome de pseudo-tuberculose.

b) Au niveau de l'oreille, par suite de l'inflammation tubaire, otite catarrhale ou suppurée.

c) Au niveau de l'appareil oculaire : épiphora, dacryo-cystite, conjonctivite, blépharite, par suite de l'infection et de l'obstruction du canal lacrymal.

4°) Troubles digestifs par plusieurs mécanismes :

a) diminution généralisée du tonus musculaire et

en particulier du diaphragme et de la sangle abdominale.

- b) aérophagie par suite de la respiration buccale.
- c) déglutition des mucosités.

5°) Troubles du développement portant sur le squelette et surtout accusés au niveau de la cage thoracique et de la colonne vertébrale.

6°) Troubles du système nerveux :

- a) intellectuels.
- b) réflexes.

Il s'agit dans ce cas d'une épine irritative susceptible de réagir soit localement, soit à distance, par l'intermédiaire du système trigemello-sympathique.

C'est donc pour des symptômes polymorphes et souvent éloignés de l'affection causale que l'on aura l'occasion de pratiquer l'examen des fosses nasales.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hypertrophie des cornets se base :

1°) Sur l'interrogatoire, qui précise les caractères de la gêne respiratoire, les différents troubles auriculaires, oculaires, réflexes.

2°) Sur la rhinoscopie antérieure qui permet de juger de l'état des fosses nasales.

3°) Sur la rhinoscopie postérieure qui renseigne sur l'état du pharynx, de l'orifice tubaire, et sur l'existence d'une queue de cornet.

4°) Sur les signes objectifs d'insuffisance respiratoire :

miroir de Glatzel ;

rhinomanométrie antérieure ou postérieure.

On précisera ensuite l'état de la muqueuse par l'importance de la rétraction à la cocaïne.

Le diagnostic différentiel ne présente de difficultés qu'à la période de congestion de l'hypertrophie muqueuse, en raison de la fugacité des symptômes fonctionnels.

A la période d'état, on ne confondra pas la tête du cornet moyen avec un polype muqueux, ni une queue de cornet avec un polype choanal.

L'infiltration de la syphilis tertiaire du cornet inférieur prêterait à confusion, n'étaient son unilatéralité, son irrétractilité, et son évolution plus rapide.

TRAITEMENT

La thérapeutique comprend :

un traitement prophylactique,
un traitement général,
un traitement local, qui peut être médical ou chirurgical.

Elle est, d'autre part, conditionnée par l'âge, la cause, et l'état anatomique du cornet inférieur.

Chez l'enfant, on agira sur l'état général par des recommandations d'hygiène corporelle et alimentaire et des cures hydro-minérales adaptées. Déconseiller les durs hivers, les grands vents, les intempéries, la suralimentation et les fautes d'hygiène courante.

Aux lymphatiques, on recommandera une cure à La Bourboule qui se recommande par la richesse de son eau en arsenic et par son altitude.

Les congestifs, nerveux, dyspeptiques, se trouveront bien des eaux chlorurées sodiques faibles dont le type est Salies de Béarn.

Les asthmatiques iront au Mont-Dore.

Les eaux sulfureuses de Challes et d'Uriage donnent de bons résultats dans les rhinorrhées muco-purulentes.

Saint-Honoré, par l'association du soufre et de l'arsenic, est utile aux rhinorrhéiques de souche arthritique.

En tout cas, chez l'enfant, on évitera autant que possible l'intervention chirurgicale. La diastolisation peut être intéressante. La luxation des cornets dénuée de toute gravité peut être pratiquée.

Chez l'adulte :

Mêmes précautions d'hygiène corporelle et alimentaire.

Le régime et l'hygiène agiront sur les lésions organiques décelées par l'examen somatique. On traitera l'élément infectieux ; on rétablira la perméabilité nasale par des interventions appropriées, soit au niveau du cavum, soit sur la cloison.

Dans le traitement local de la rhinite hypertrophique, qui doit répondre à deux principales directives, la réduction du tissu hypertrophié et le calibrage de la filière nasale, on s'intéressera : 1° à la rhinorrhée et 2° à l'obstruction.

Contre la rhinorrhée : le tamponnement des fosses nasales par l'argyrol à 1 % est appliqué d'une façon courante à la consultation de l'Hôpital Provisoire Piccini et donne de bons résultats. On prend soin d'anesthésier préalablement les fosses nasales à la cocaïne.

On peut aussi employer les pulvérisations de solutions de sels d'argent, collargol, argyrol, protargol, à 1 % ou l'insufflation de poudre soluble et, en particulier d'acide borique finement cristallisé.

Contre l'obstruction, on aura le choix entre plusieurs méthodes : galvano-cautérisation, diathermo-coagulation, injections sclérosantes, turbinotomie, et, enfin, luxation des cornets qui nous paraît de beaucoup la plus intéressante.

1°) GALVANOCAUTÉRISATION.

Avec le couteau galvanique, on effectue deux ou trois raies de feu longitudinales et profondes puisque le couteau doit avoir le contact osseux au cours de la manœuvre.

Cette intervention est très facile, indolente si l'anesthésie a été faite correctement, et suivie d'une cicatrisation rapide après une période de congestion post-opératoire d'une huitaine de jours.

Mais il faut remarquer :

1°) Qu'elle ne peut se justifier que dans les cas d'hypertrophie purement muqueuse des cornets en l'absence de toute participation osseuse appréciable qui la rendrait illusoire.

2°) Qu'elle donne lieu assez souvent à quelques accidents :

a) l'infection :

la plaie résultant d'une cautérisation faite au cours d'une rhinite subaiguë peut servir de porte d'entrée à des bactéries pathogènes et déterminer une infection locale ou à distance.

b) l'hémorragie : _

due à une brûlure trop intense, le cautère ayant été porté au rouge vif ou au blanc éblouissant.

c) des synéchies :

Le cautère a touché soit le cornet moyen soit la cloison.

Ces accidents sont plutôt la conséquence de fautes opératoires mais prouvent cependant que, cette petite opération exige beaucoup de soins et quelques précautions.

3°) Que ses résultats sont de toute évidence manifestement insuffisants en présence de la grosse hypertrophie pâle qui est l'aboutissant d'un long processus chronique.

4°) Qu'alors même que son indication est posée à bon escient, les résultats sont exceptionnellement définitifs et rarement prolongés. Il est habituel, un ou deux ans après cette petite intervention, de voir le malade accuser à nouveau l'obstruction nasale pour laquelle il était venu consulter.

Il semble vraiment que, dans ces cas le traitement le meilleur reste, chaque fois qu'il est réalisable, l'ablation de fragments aussi étendus que possible au serre-nœud, en s'appliquant à effectuer plusieurs prises au niveau du bord exubérant.

2°) CAUTÉRISATION CHIMIQUE.

La cautérisation à l'acide chromique au tiers est un procédé excellent, énergique, incapable de provoquer la moindre infection, et d'une extrême simplicité :

après anesthésie à la cocaïne ou à la butelline au dixième, on imbibe très légèrement un porte-coton avec quelques gouttes d'une solution aqueuse d'acide chromique au tiers et on l'exprime de façon qu'aucune goutte ne puisse fuser sur la muqueuse. On frictionne alors à plusieurs reprises la muqueuse de la face interne du cornet sur toute sa longueur et, instantanément, on voit apparaître une escharre jaunâtre.

Il n'y a aucune complication à craindre. Avec un peu de vaseline, l'escharre s'élimine au bout d'une semaine. Cependant, les indications de cette méthode sont très restreintes et elle est en tout cas sans action sur la rhinite hypertrophique.

3°) DIATHERMO-COAGULATION.

Entre des mains peu exercées, cette méthode peut, par son action en profondeur, déterminer une nécrose osseuse.

4°) DIASTOLISATION OU INTUBATION CAOUTCHOUTÉE.

Indiquée, surtout dans les rhinites congestives chez l'enfant. Elle provoque alors une véritable rééducation non seulement respiratoire mais encore vasomotrice.

5°) RÉSECTION AU SERRE-NŒUD.

La résection au serre-nœud des queues de cornet ne retiendra pas plus notre attention car elle sort un peu

du cadre de notre sujet. Nous devons cependant en louer l'excellence des résultats.

6°) TURBINOTOMIE.

C'est une intervention utilisée de longue date, en particulier par les écoles de Bordeaux et de Strasbourg.

C'est certes une opération très facile à exécuter, totalement indolente lorsque l'anesthésie à la cocaïne a été correctement faite, mais qui peut cependant présenter de sérieux inconvénients :

a) *C'est une opération hémorragipare :*

Alors même que la mesure des temps de saignement et de coagulation a fourni des résultats absolument normaux, on peut voir survenir, dans les 24 heures qui suivent, et notamment vers la troisième heure, une hémorragie abondante et souvent difficile à maîtriser. Cette hémorragie nécessite un tamponnement serré laissé en place 24 ou même 48 heures, qui ne suffit pas toujours. Nous avons vu de ces hémorragies consécutives à la turbinotomie se prolonger plusieurs jours et nécessiter des tamponnements successifs qui, aboutirent souvent à des complications auriculaires. Certaines mêmes furent d'une abondance et d'une persistance telles qu'elles nécessitèrent, non seulement des transfusions sanguines, mais encore, après échec de tous les procédés d'hémostase, la ligature de la carotide externe. Nous pouvons citer en particulier,

le cas d'un malade chez lequel une turbinotomie banale avait été suivie d'une hémorragie abondante qui avait nécessité la ligature de la carotide externe et avait été suivie d'otite bilatérale et de mastoïdite bilatérale.

De tels risques qui, nous le répétons, sont loin d'être exceptionnels, engagent à une plus grande circonspection avant d'entreprendre cette opération qui, d'ailleurs, est peu pratiquée par l'école de Paris.

a) D'autre part, la turbinotomie doit s'abstenir de réaliser une ablation totale du cornet. Faite aussi largement, cette intervention réalise en effet un véritable aspect *d'atrophie opératoire de la fosse nasale*.

Cette atrophie est susceptible d'engendrer un tableau de rhinite croûteuse certainement plus gênante pour le malade que l'hypertrophie dont il se plaignait auparavant.

Aussi est-on conduit à limiter la turbinotomie soit à une résection de la tête de cornet lorsque celle-ci paraît s'avérer suffisante, soit à une hémirésection longitudinale qui laisse subsister environ la moitié de la hauteur du cornet.

Ainsi pratiquée, l'opération donne généralement des résultats appréciables, mais pareille limitation n'exclut pas le risque hémorragique, à notre avis très grave.

En conséquence, devant le risque que fait courir la résection et devant l'insuffisance habituelle de la simple cautérisation galvanique ou chimique nous devons considérer avec plus d'intérêt la méthode de la LUXATION DES CORNETS, telle qu'elle a été pratiquée par Pugnât (de Genève).

Cette méthode, laissée un peu dans l'ombre par les écoles de Bordeaux et de Strasbourg au profit de la turbinotomie, présente des indications très étendues.

1°) L'indication de beaucoup la plus courante est l'hypertrophie osseuse ou mixte des cornets.

2°) Nous pratiquons couramment cette manœuvre comme temps terminal de la résection sous-muqueuse de la cloison. En effet du côté concave, de la cloison, le cornet est presque toujours affecté d'une hypertrophie compensatrice. Cette luxation présente en outre l'avantage, en l'occurrence, de permettre la mise en place d'une mèche.

3°) La luxation des cornets peut être très intéressante dans certains cas d'exploration difficile du cavum. On la pratique alors extemporanément, après mise en place pendant dix minutes d'une mèche de cocaïne fortement additionnée d'adrénaline. A peine la luxation est-elle effectuée qu'elle donne un jour très large sur le cavum dont elle permet une exploration facile par rhinoscopie antérieure.

4°) Elle est enfin indiquée dans les cas très rares où l'on peut avoir à intervenir pour imperforation choanale.

Préparation du malade.

Lorsque les fosses nasales sont propres et que le malade n'est pas atteint de grippe ou d'infection rhino-pharyngée, il est superflu d'instituer une désinfection préalable.

Lorsque au contraire, il existe une rhinite muco-

purulente plus ou moins accentuée, ce qui est assez fréquent, surtout dans les cas où, à l'hypertrophie osseuse s'ajoute une hypertrophie muqueuse, il est à la fois prudent et opportun de réaliser préalablement une désinfection efficace des fosses nasales. Le procédé le meilleur, à cet égard, nous paraît résider dans une série de six à huit tamponnements quotidiens des fosses nasales d'une durée d'un quart d'heure environ, au moyen de mèches de coton imbibées d'argyrol américain à 1 %.

On peut éventuellement terminer par une pulvérisation de poudre de sulfamide, qui n'est d'ailleurs pas indispensable.

Cette méthode, qui nous a donné des résultats absolument remarquables dans un très grand nombre de rhinites muco-purulentes prolongées ou même chroniques, a l'avantage, en nettoyant la muqueuse, de la décongestionner presque toujours de façon nettement appréciable.

Il est inutile par ailleurs de faire, avant l'intervention, les épreuves de temps de saignement et de coagulation, puisqu'elle n'amène aucune blessure appréciable de la muqueuse mais une contrition peu ou pas saignante.

ANESTHÉSIE.

L'opération est précédée par la mise en place d'une mèche de coton imbibée de cocaïne au trentième puis essorée. Cette mèche est appliquée sur toute la surface interne du cornet dont elle doit bien épouser la

convexité. Une autre mèche cocaïnée doit s'appliquer intimement sur la portion correspondante de la muqueuse de la cloison.

Les mèches sont laissées en place une dizaine de minutes.

Grâce à cette anesthésie, la manœuvre peut être exécutée sans la moindre douleur.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Pour effectuer l'opération il suffit d'un spéculum de Vacher et d'une pince de Luc non fenêtrée d'assez larges dimensions.

Le spéculum mis en place est ouvert dans la fosse nasale. On introduit la pince de Luc fermée jusqu'à lui faire prendre contact avec la queue du cornet. Un des mors prend point d'appui sur la cloison, l'autre étant appliqué sur le cornet. On entr'ouvre la pince de façon à faire craquer, à fracturer la queue du cornet. On ramène légèrement la pince et on pratique la même manœuvre sur la partie moyenne puis sur la partie antérieure du cornet. On retire la pince et l'on s'assure que la luxation a été correctement effectuée en appréciant la nouvelle dimension de la fosse nasale et la largeur de la perspective que l'on obtient sur la paroi postérieure du cavum.

Il est inutile de laisser une mèche après l'intervention.

RESULTATS

A l'Hôpital Provisoire Piccini, dans le service de Monsieur le Professeur Lemaitre, Monsieur le Docteur Maduro a institué cette méthode qui, employée d'une façon courante, a donné des résultats entièrement satisfaisants. Le cornet luxé garde, ou peu s'en faut, la nouvelle position qu'il a acquise à la fin de l'opération, représentant un gain important compatible avec une respiration normale.

CONCLUSION

Il s'agit donc d'une intervention d'une extrême simplicité qui n'offre pas le danger d'hémorragie de la turbinotomie, ni le risque de récidence de la galvano-cautérisation, et qui, cependant, fournit des résultats au moins aussi intéressants que ces deux méthodes.

Cette intervention mérite donc non plus d'être une méthode accessoire employée seulement dans les cas de contre-indication formelle des méthodes classiques, mais d'être pratiquée d'une façon systématique dans la plupart des cas d'hypertrophie des cornets.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- TERRACOL (J.). — Les maladies des fosses nasales. Masson et Cie, Ed. Paris.
- LAURENS (G.). — Précis d'oto-rhino-laryngologie. Masson et Cie, Ed. Paris.
- LAURENS (G.). — Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. Masson et Cie, Ed. Paris.
- KOHN EURIQUEZ. — Les pseudo tuberculoses d'origine naso-pharyngée. Thèse de Paris, 1919.
- GAUD (Pierre). — La rhinite hypertrophique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1921.
- MARTINET (A.). — Diagnostic clinique. Examen et symptômes. Masson et Cie, Ed. Paris.
- AVIRAGNET. — Rhino-pharyngite et ses complications chez l'enfant. *Bulletin Médical*, janvier 1901.
- BALDENWECK. — Le traitement rationnel de l'obstruction nasale chronique. *La Vie Médicale*, 4 mars 1921.